

MÉTODO CLÍNICO PODOLÓGICO BÁSICO. PROTOCOLO ADAPTADO A PACIENTES SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO QUIROPODOLÓGICO

Isidoro Espinosa Moyano¹, Diego Limón Pérez², María Reina Bueno³, Manuel Pavón Carrasco², Raquel Pastor Ortega⁴.

1. Podólogo. Licenciado en Antropología. Profesor Titular. Departamento de Podología. Universidad de Sevilla.
2. Podólogo y Enfermero. Becario. Área Clínica de Podología. Universidad de Sevilla.
3. Podóloga. Doctora por la Universidad de Sevilla. Profesora Sustituta Interina. Departamento de Podología. Universidad de Sevilla.
4. Podóloga. Colaboradora Clínica. Área Clínica de Podología. Universidad de Sevilla.

CORRESPONDENCIA

Isidoro Espinosa Moyano.
Facultad de Enfermería, Fisioterapia
y Podología. Centro Docente de
Fisioterapia y Podología.
C/ Avicena, s/n. 41009 Sevilla.
E-mail: espinosa@us.es
Télf.: 954 486 532

RESUMEN

Este trabajo presenta un protocolo básico de atención al paciente podológico denominado Método Clínico Podológico Básico con el que se pretende consolidar el papel del podólogo como especialista/generalista del pie. Propone cuales son los elementos esenciales del estudio y las pautas generales del tratamiento, basado en una lista de problemas. El protocolo pretende ser completo en su conjunto y ágil en su aplicación, de manera que sea fácil aplicarlo en cada consulta básica, sea la primera vez que se recibe al paciente o una revisión posterior. Considera también el clima de la interrelación podólogo-paciente para establecer un ambiente de confianza hacia el profesional basada en la autoridad bien entendida y la empatía.

PALABRAS CLAVE

Método Clínico Podológico Básico, Historia Clínica, Anamnesis, Exploración, Diagnóstico.

ABSTRACT

This paper presents a basic protocol of patient podiatric care called Basic Clinical Podiatric Method which aims to strengthen the role of the podiatrist as a specialist / generalist foot. Suggests which are the essential elements of the study and general treatment guidelines, based on a list of problems. The protocol aims to be comprehensive and agile in its application, so that it is easy to apply in each basic consultation, is the first time that the patient receives or later revision. Also consider the climate of the interrelationship podiatrist-patient to establish an atmosphere of trust in the professional based on well understood authority and empathy.

KEY WORDS

Clinical Method Basic podiatry, medical history, anamnesis, examination, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Es una realidad fácilmente constatable que amplios sectores de la población relacionan todavía a la Podología exclusivamente con la aplicación de la técnica quiropodológica, desconociendo la función del podólogo como especialista integral de la salud del pie. Asimismo, un gran número de profesionales hacen de la quiropodología su principal, cuando no casi la única, actuación terapéutica, desconociendo u olvidando su cometido como generalistas del pie. Estos hechos, íntimamente relacionados, provocan que el perfil del podólogo siga en gran parte anclado en

la figura del quiropodista (antiguo cirujano callista) cercenando la implantación definitiva de la Podología como la ciencia que estudia y trata todas las patologías del pie, usando de manera inteligente los estudios clínicos pertinentes y el arsenal completo de recursos terapéuticos.

Para instaurar definitivamente el rol del podólogo como especialista del pie hace falta disponer de un Método Clínico Podológico Básico que permita el estudio, diagnóstico y tratamiento del paciente de manera rutinaria, en todos y cada uno de los casos que acuden en demanda de atención. El problema es que si esta sistemática es muy exhaustiva, compleja o lenta, el profesional termina relegándola a casos

puntuales y no se aplica en todas las ocasiones, volviendo a centrar su tarea en la quiropodia.

La solución propuesta es elaborar un protocolo de estudio clínico, que sea a la vez completo en su exploración y ágil en su aplicación. Para ello hay que determinar cuáles son datos exploratorios imprescindibles para establecer una valoración completa de un paciente estándar y de qué manera se obtienen estos datos con la mayor economía de tiempo posible. A partir de ese estudio se concretarán los problemas podológicos del paciente y se prescribirá un tratamiento conjunto.

Este Método Clínico Podológico Básico ha de reunir además tres requisitos:

- Contemplar la definición de Salud de la OMS -estado de completo bienestar físico, mental y social- y no solamente la ausencia de enfermedades¹.
- Desarrollarse en un marco que favorezca el rol del podólogo como especialista clínico cualificado al mismo nivel que otros especialistas.
- Implementarse de manera rigurosamente rutinaria en todos sus aspectos, para que su realización se haga automáticamente y se preste más atención a los resultados que al procedimiento en sí.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta propuesta se ha desarrollado una búsqueda bibliográfica centrándose en trabajos que describen distintas metodologías clínicas en Podología. Los resultados se han cotejado con la experiencia clínica de expertos y se han considerado los modelos biomecánicos más aceptados actualmente.

PROPUESTA DE MÉTODO CLÍNICO PODOLÓGICO BÁSICO

Como resultado del proceso anterior, se propone el Método Clínico Podológico Básico que a continuación se describe.

1. Interacción personal

Los aspectos relacionales de todo acto entre personas, incluido el podológico, tienen tanta importancia como el objeto intrínseco del mismo, y se puede decir que forma parte de él. El éxito de la relación podólogo-paciente es en sí mismo un éxito podológico, y es esencial para el buen resultado terapéutico. El podólogo debe transmitir a la par, autoridad bien entendida y empatía, ganándose la confianza del paciente a la vez que su respeto profesional y personal.

Por ello, se cuidará la forma de interacción con el paciente, debiendo combinar el trato amable con los signos de distinción que se asocian a la imagen de un profesional de prestigio, como el tratamiento de usted -evitar el tuteo-, los gestos de cortesía y el lenguaje no verbal idóneo. Hay que disponer de un espacio digno que proporcione un ambiente grato, sobrio, no exento de cierta elegancia. El paciente ha de tener un lugar claro de ubicación diferenciado del podólogo, pero sin dar la impresión de inaccesibilidad a este, ya que podría alterar la transmisión de información por

parte del paciente. Así, el paciente se encontrará en un ambiente de confianza y privacidad^{2,3}.



FIGURA 1. Hay que conseguir el respeto y la confianza del paciente para asegurar los resultados.

2. Análisis de la marcha

En situaciones normales, la exploración comenzaría en sedestación o camilla, luego en bipedestación y finalmente en dinámica, de forma que los resultados de los primeros se corroboren con los siguientes. Cuando se prevé la necesidad de una quiropodia al final del proceso, se puede alterar el orden para ahorrar tiempo, empezando por la dinámica.

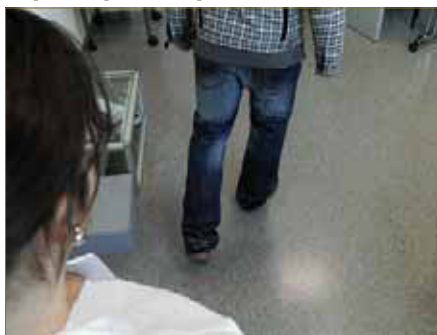


FIGURA 2 La marcha espontánea y calzado es más real que la explorada en banco de marcha.

Así, se analiza la marcha espontánea del paciente cuando se le acompaña desde la sala de espera hasta el despacho. En este momento la dinámica es más natural y está liberada de la carga psicológica que supone sentirse observado. Se examina la deambulación desde una visión anterior y posterior. Simultánea o posteriormente se analizará el calzado; el tipo que utiliza y las zonas que manifiesten deformidad o mayor desgaste³⁻⁸.

Hay que observar al menos varios puntos importantes de fácil detección:^{4,6,8,9}

- Signo de cojera o marcha asimétrica.
- Amplitud y simetría del ángulo y la base de marcha.
- Secuencias de las fases de la marcha.
- Actitud general de pronación o supinación.
- Signos de inestabilidad: movimientos de pronosupinación o supinapronación anormales.
- Gestos rotacionales en despegue.
- Hiperextensión del primer dedo (cuando se calzan sandalias).

3. Explicación al paciente del procedimiento y de su justificación

Es necesario eliminar las incertidumbres del paciente que quizás tenía como única expectativa la aplicación de una quiropodia, acorde con un rol desfasado del podólogo. Por ello se le ha de informar del procedimiento a seguir y su justificación, obtener una

valoración completa de sus problemas, para después instaurar el tratamiento. Se ha de hacer al inicio de la anamnesis, brevemente pero con claridad¹⁰.

4. Anamnesis

Es una entrevista guiada donde se obtienen datos relevantes de interés podológico. Hay que combinar la conveniencia de permitir expresarse al paciente con la optimización del tiempo empleado. A veces puede ser útil interrumpir amablemente al entrevistado haciendo un resumen concreto de la información que él ha aportado, como forma de seguir con otro apartado de la entrevista.



FIGURA 3. Es necesario explicar qué se va a hacer y porqué, antes de iniciar el estudio.

Se registra por escrito los siguientes datos:

- **Filiación.** Si no se ha cumplimentado antes, incluye nombre, apellidos, sexo, año de nacimiento, dirección^{8,11,12}.
- **Motivo de consulta.** Qué le ocurre, desde cuándo, con qué lo relaciona. Estos datos son necesarios para precisar la naturaleza, la antigüedad y las circunstancias de aparición de los problemas. Se transcriben entrecuillados y con las palabras del paciente^{4-9, 11, 13}.
- **Circunstancias personales.** Profesión actual o anterior, actividad física habitual, limitaciones psicofísicas o sociales. Estos últimos datos no son hasta ahora habituales en la práctica podológica, pero debe registrarse cuando se tenga constancia de que influyen en el tratamiento^{4, 9, 7, 11}.
- **Antecedentes generales.** Son los que de manera directa o indirecta afectan a la salud podológica: diabetes, trastornos circulatorios, enfermedades reumáticas, trastornos neurológicos, lesiones en miembros inferiores, enfermedades infectocontagiosas, alergia a medicamentos, medicación y otras circunstancias o enfermedades que puedan influir en el tratamiento o evolución. Es necesario referenciar desde cuando presenta esos antecedentes y si están controlados o no^{2, 9, 11, 13}.
- **Antecedentes familiares.** Todas aquellas patologías hereditarias que presenten o hayan presentado familiares del paciente y puedan tener repercusión en el mismo desde el punto de vista podológico^{6, 9, 11, 13}.
- **Antecedentes podológicos.** Aquellos que han acontecido en el pie o sus inmediaciones, hayan sido tratadas o no por el podólogo; también todos aquellos tratamientos que haya recibido (quirúrgicos, ortopodológicos, etc.) y el resultado de los mismos^{6, 8}.

Toda la exploración será cualitativa (estimada, sin medir con goniómetro) excepto la Posición Relajada del Calcáneo en Apoyo (que se cuantificará en grados). Las mediciones a estima se podrán catalogar de leve, moderada o acentuada^{4, 11}.

Todas las exploraciones se realizan desde proximal a distal o desde dorso a planta. Para economizar el tiempo, cuando es posible se exploran los dos pies a la vez, lo que también permiten una fácil comparación. En este caso, hay que considerar la mayor habilidad del explorador diestro con la mano derecha y viceversa.

5.1. Bipedestación

El paciente se sitúa sobre el podoscopio, inicialmente de espaldas al explorador. Se valorarán los siguientes aspectos:

- **Alineación General del Miembro Inferior.** teniendo en cuenta si presenta genu varo o valgo, flexus o recurvatum y si las tibias se encuentran en posición vara o valga^{2, 5, 8, 11}.
- **Posición relajada del calcáneo en apoyo (PRCA).** ángulo formado entre el eje del calcáneo, representado por una línea sobre este, y la vertical de apoyo^{2, 5, 8, 11}.
- **Altura del Arco Longitudinal Interno.** Se clasificará en elevado, normal o descendido^{2, 6, 8}.
- **Tipo de Huella.** Distinguiremos plana de 1º, 2º, 3º o 4º; cava de 1º, 2º o 3º^{2, 8, 11}.
- **Asimetrías y signos de sobrecargas o insuficiencias en la huella**^{2, 5, 7, 8, 9}.



FIGURA 4. Los datos obtenidos en cada fase del estudio deben ser cotejados con los que se obtengan en cada una de las fases.

5.2. Sedestación

En el sillón podológico (con el paciente semireclinado) se realizará una evaluación articular, cutánea, vascular, muscular, neurológica y de los puntos dolorosos. La exploración neurológica se llevara a cabo en caso de existir antecedentes de Diabetes Mellitus o problemas neurológicos.

Exploración Articular

Se exploran solo los movimientos esenciales relacionados con la funcionalidad habitual del pie, dejando las exploraciones más exhaustivas para estudios biomecánicos específicos^{3, 5, 7, 11}.

- **Tobillo (ATPA).** Se realizará la flexión dorsal con rodilla extendida evitando la pronación. Si está limitada, se valorará con la rodilla a 90º^{4, 6, 8}.
- **Articulación Subastragalina (ASA).** Se valoran simultáneamente ambos pies en eversión e inversión, determinando el dato por la propiocepción (posición de las manos del explorador)

del explorador. Se ha de evitar la flexión plantar del tobillo^{4, 6, 8}.

- **Articulación Mediotarsiana (AMT).** Fijando el ASA y evitando la flexión plantar del tobillo, se analiza la eversión e inversión de dicha articulación en el plano frontal; posicionando mano derecha a antepié izquierdo y viceversa.^{6,8}
- **Primera Articulación Metatarsofalángica (I AMF).** Se valoran conjuntamente en ambos pies; con los miembros inferiores en rotación externa se explora la extensión del primer dedo. Al realizar este movimiento, se evitará que el tobillo se sitúe en flexión plantar⁸.

En casos complejos, si se precisan soportes plantares u otras terapias físicas, se debe realizar un exhaustivo estudio biomecánico, con exploración en camilla, en bipedestación y en dinámica.



FIGURA 5. La exploración articular se ha de limitar a los movimientos esenciales y hacerse simultánea cuando sea posible

Inspección

Se realiza desde el dorso a la planta.

- Piel y anejos cutáneos. Se valora la textura y grosor, los cambios coloración, la pilosidad y la hidratación de la piel, así como la presencia de lesiones dérmicas (verrujas, ulceraciones, heridas, cicatrices, hiperqueratosis, etc.) y la morfología ungueal y lesiones ungueales.³⁻⁹
- Deformidades digitales. Clinodactilias, Dedos en garra, Hallux Abductus Valgus, Juanete de Sastre, etc.⁵⁻⁷

Evaluación vascular

Además de las manifestaciones cutáneas relacionadas con la circulación, se aprecia la temperatura de ambos pies y la presencia de pulsos pedios. En caso de no detectarse, se realizarán pruebas complementarias como el Doppler⁴⁻⁶.



FIGURA 6. La exploración debe ser ordenada, ágil y completa a la vez, sin olvidar ningún dato relevante.

Puntos Dolorosos

Se palpan las estructuras del pie susceptibles de procesos álgicos. En especial, tendones del dorso, bordes ungueales, AMFs, fascia plantar y cara plantar y posterior del talón. Hay que determinar si el dolor es provocado por la palpación en una estructura previamente inflamada, si aparecía en ese punto durante la dinámica pero no en la exploración, si aparece en la exploración pero no en la dinámica o si es un dolor fisiológico por una presión excesiva a la palpación^{5, 6}.

Exploración Sensitiva

Cuando hay sospechas de trastornos sensitivos se valorará la sensibilidad superficial con el Monofilamento de Semmes-Weinstein en el pulpejo del primer dedo, primera y quinta AMF^{5, 6, 14}.

Exploración Muscular

Se valorará la actividad muscular del miembro inferior por grupos musculares (posterior, anterior, lateral y medial (y de la musculatura intrínseca del pie. En caso de que se detecte alguna anomalía se derivará para una evaluación más exhaustiva, en un acto podológico diferente⁶⁻⁸.

Pruebas Complementarias

Doppler, Rx, análisis sanguíneo, etc. Se solicitarán en caso de que se requieran. Simultáneamente se comienza a establecer la lista de problemas y se empieza a aplicar el tratamiento en la medida que lo permita el desconocimiento de los resultados^{7-9, 11}.

6. Lista de problemas

Constituye la parte fundamental y central de Método Clínico Podológico. Equivale a un diagnóstico completo y recoge las patologías que habrá que tratar. Estará basada en los estudios anteriores por lo que no contendrá ningún problema que no se justifique en la anamnesis o en el estudio previo. Es relativa a cada paciente de manera que problemas leves no se tendrán en cuenta en pacientes con muchas patologías pero si en los que tengan menos. Se expondrán de general a específico y de proximal a distal⁵.

7. Diagnóstico

Tiene como finalidad la catalogación estadística del paciente, pero no la de aplicación del tratamiento, que se llevará a cabo sobre la Lista de problemas. Consta de uno o dos elementos significativos de la lista de problemas -se copia de esta- y debe incluir el problema que justifica la consulta^{7, 9}.

8. Plan terapéutico integral

Está basado en la lista de problemas. En cada problema detectado se estudiará la aplicación de cada uno de los cinco recursos terapéuticos: ^{9,7,13,15}

- **Prevención clínica.** Indicación personalizada de medidas preventivas con carácter prescriptivo, se diferencia del Consejo Podológico en que este es de carácter general y orientador. Se aplica a cada problema, sin excepción. Constituye uno de los signos de distinción de la Podología con respecto a otros profesionales que pudieran tratar las patologías del pie.
- **Farmacológico.** Fármacos o productos con utilidad terapéutica. Se prescribirán con receta reglada que contendrán, además de la fecha y

los datos de la institución, del paciente y del podólogo, el nombre comercial o principio activo, la presentación, la dosis y la duración del tratamiento, que siempre ha de ser limitada en el tiempo y justifica revisiones posteriores para evaluar si sigue estando indicado el fármaco o producto.



FIGURA 7. El Plan terapéutico integral empieza por la prevención clínica, conjunto personalizado de normas que resolverán o mejorarán cada problema

- **Ortopodológico.** En casos simples y comunes se podrá instaurar a partir del anterior protocolo de exploración: Generalmente consistirán en ortosis plantares y digitales; se debe determinar el objetivo terapéutico (que modificaciones se pretenden hacer en la posición o carga del pie), el recurso mecánico (que fuerzas mecánicas obtendrán el objetivo terapéutico) y finalmente la técnica y materiales (que han de estar al servicio de lo anterior).
- **Físico.** En casos comunes y básicos se podrá instaurar a partir del anterior protocolo. Generalmente consistirán en técnicas manuales (manipulaciones, elongaciones, potenciaciones musculares, masoterapia, etc.), vendajes (funcionales extensibles o inextensibles) o aplicación de energías por medio de instrumentos (ultrasonidos, láser, magnetoterapia, etc).
- **Quirúrgico.** Consistirán en quiropodia, curetajes e intervenciones quirúrgicas. En este último caso siempre se requerirá un estudio preoperatorio previo.

El conjunto del tratamiento tiene que ser factible, por lo que muchas veces no será ni necesario ni prudente aplicar de una vez todos los recursos a todos los problemas. En los casos complejos se potenciarán los tratamientos en las patologías más importantes. El tratamiento tendrá carácter evolutivo, debiendo ser modificado o completado en función de la evolución del problema. En general, se indicarán los tratamientos conservadores antes que quirúrgicos. Se tienen que considerar las posibles limitaciones

biopsicosociales del paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias personales. Determinar los algoritmos que orienten con mayor eficiencia la combinación o prelación de tratamientos en cada caso es una tarea pendiente de investigar¹⁵.

Una vez establecido el Plan Terapéutico Integral se le explicará este al paciente y se comienza a la aplicación del mismo, generalmente en forma de quiropodia. Durante la quiropodia, en caso de que esta sea necesaria, se indicarán al paciente las medidas preventivas y los detalles del tratamiento. En general, se requiere el consentimiento informado del paciente, implícito o explícito si el tratamiento conlleva riesgos significativos¹⁵.

9. Derivaciones

Aunque el podólogo frecuentemente ejerce su labor en solitario, debe considerar que pertenece de hecho a un equipo interdisciplinar compuesto por profesionales de la salud como otros podólogos, médicos de familia, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Debe compartir con los especialistas adecuados en cada caso los pacientes que lo requieran, en especial los de mayor riesgo o los más limitados bio-psico-socialmente. Para tal fin, se debe realizar las derivaciones, mediante informes de contenidos pertinentes y formas correctas, de manera que los pacientes tengan una atención más específica y estos profesionales incrementen su consideración hacia la Podología. En contra de lo que se pueda creer, la derivación justificada aporta mayor consideración profesional al podólogo^{14, 15}.

CONCLUSIONES

Es necesario consolidar el rol del podólogo como especialista/generalista del pie y este objetivo solo se puede cumplir si este se comporta como tal especialista mediante una práctica profesional guiada por un método científico (el Método Clínico Podológico Básico) y en unas formas de interrelación podólogo paciente basadas en la autoridad bien entendida y la empatía. Este método se ha desarrollado de manera gráfica en un audiovisual sobre este tema¹⁶.

Un Método Clínico Podológico Básico sólo es eficaz si es completo y se puede implementar en poco tiempo para que se aplique a todo paciente que llega a la consulta. La presente propuesta es una posibilidad de llevar a cabo la práctica profesional diaria con criterios científicos. No obstante, es susceptible de mejora como cualquier otro protocolo establecido y será labor de la corporación podológica avanzar en este procedimiento, determinando los parámetros básicos a estudiar y como hacerlo con mayor eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gálvez R, Sierra LJ, Sáenz LJ, Fernández-Crehuet J, Salleras L et al, directores. Medicina Preventiva y Salud Pública — Piédrola Gil, 11ª edición. Barcelona: Masson; 2008.
2. Subirana MQ editora. Manual de Técnicas en Ortopodología. Barcelona: Ediciones Europeas Especializadas; 2004.
3. Rueda M. Capítulo 14 Protocolo de Exploración en Podología. En: Rueda M. Podología: Los desequilibrios del pie. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2004. p. 245-284.
4. Alexander JJ. El pie: exploración y diagnóstico. Barcelona: Jims; 1992.
5. Capelle P. Exploración clínica elemental en podología. En: Enciclopedia Médico Quirúrgica [Internet]. [consulta el 25 de Octubre de 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/106461119/Exploracion-Clinica-Elemental-en-Podologia>
6. Nájuez-Samper M, Llanos LF. Capítulo 11 Exploración clínica y complementaria. En: Nájuez-Samper M, Llanos LF. Biomecánica, Medicina y Cirugía del Pie, 2ª edición. Barcelona: Masson; 2007. p. 103-110.
7. Oller A, Oller. Protocolo de la Historia Clínica. Podología Informatizada. Rev Esp Podol 1995; 6(1): 32-42.
8. Peyré NC. Podología práctica: metodología y tratamientos. Buenos Aires: El Ateneo; 1987.
9. Conejero JA, Echevarría C. Tema 7 Historia Clínica en Podología. En: Echevarría C editora. Bases semiológicas y funcionales del miembro inferior. Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones; 2006.
10. García A. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. Rev Clin Med Fam [Internet] 2009; 2(6): 275-279. [consulta el 12 de Noviembre de 2012] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2009000100005&lng=es
11. Bonilla E, Fuentes M, Lafuente G, Martínez A, Ortega AB, Pérez M et al. Guía Práctica de Exploración y Biomecánica. Madrid; Consejo General de Colegios de Podólogos; 2010.
12. Moreno JL. Podología General y Biomecánica. Barcelona; Masson; 2003.
13. Salvador V, Macián C. Primera relación entre paciente y profesional de la salud: rituales de interacción y estrategias discursivas en la entrevista podológica. En: Estudios Lingüísticos. Lisboa: Colibri; 2009, p. 439-457.
14. Robbins JM. Podología: atención primaria. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1995.
15. Turner WA, Merriman LM. 1. Planificación del tratamiento. En: Turner WA, Merriman LM. Habilidades clínicas para el tratamiento del pie 2ª edición. Amsterdam: Elsevier; 2007. p. 3-14.
16. Espinosa I, Castro A. Método Clínico Podológico 2011/2012 [Internet] 2012. [consulta el 19 de Noviembre de 2012] Disponible en: <http://vimeo.com/36402325>